

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

TESSERINO D'ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ Via _____ n. _____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (Art. 76 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di aver irrimediabilmente deteriorato il tesserino d'iscrizione n. _____, rilasciato da codesto Ordine e quindi richiede il rilascio di uno nuovo.

Bari lì, _____

Il /La dichiarante

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.



**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI ED ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BARI**

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato con documento _____ n. _____ rilasciato il _____ ha sottoscritto in mia presenza la dichiarazione di cui sopra.

Bari lì, _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
